

ADULTO

Nombre (Apellido, Nombre de Pila, Segundo Nombre) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____

Num. de Tel. Principal (_____) _____ Otro (_____) _____

Resido en Ciudad Municipio Pueblo de _____ en el condado de _____ .

Dirección de correo _____ Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____
(si es diferente de la de arriba)

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) ____/____/____

Método de contacto preferido para información de reservaciones y notificaciones de vencimiento

Teléfono Correo electrónico: _____

Es posible que le enviemos
alertas de nuevos servicios y
programas. No Participar

Sus Responsabilidades MORE

Yo, por la presente, solicito el derecho de privilegios de prestar en bibliotecas dentro del consorcio bibliotecario MORE. Yo concuerdo a cumplir con todos los requisitos y reglamentos que conlleva, a pagar todas las multas, arreglar cualquier pérdida o daño a libros u otros materiales por causa mía, y de proveer notificación inmediata de cualquier cambio de residencia. En el evento de que pierda mi tarjeta bibliotecaria o que se me robe, entiendo que soy responsable por cualquier cobro a mi cuenta hasta la fecha de que la biblioteca reciba notificación de tal pérdida o robo.



Firma _____ Fecha _____

Información en este formulario es confidencial según WI Statute 43.3

----- Staff Use Only -----

Date _____ Barcode 2/ _____ PTRN Type _____

Temp. Res. Yes No County _____ Notice Pref z p a

PTRN Alias _____ Act 150 _____ Staff Initials _____